

## **Resume af hovedpunkterne i sundhedsaftale mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune**

### *1.0 Sundhedsaftalens opbygning*

Københavns Kommunes sundhedsaftale består af den generelle ramme for de individuelle sundhedsaftaler mellem Region Hovedstaden, som er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 13. december 2006 (bilag 2 til indstillingen) og en allonge til den generelle ramme for sundhedsaftaler, som er udarbejdet mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune (bilag 3 til indstillingen).

Den generelle ramme for de individuelle sundhedsaftaler indeholder et generelt tværgående afsnit samt forslag til aftaletekster for hvert af de 6 obligatoriske aftaleområder:

- Udskrivninger af svage ældre, patienter
- Indlæggelser
- Træning
- Hjælpe midler
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler indeholder en række fælles temaer, som parterne skal forholde sig til. Forslagene til aftaletekster på de obligatoriske aftaleområder indeholder således alle beskrivelser vedr. arbejdsdeling, koordination og kommunikation, planlægning og kvalitetsudvikling samt opfølgning på aftalerne.

Allongen til den generelle ramme sundhedsaftaler har indledningsvist et afsnit med udfyldninger af den generelle ramme, herunder om samarbejdsstrukturen og udviklingsprojekter mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden. Herefter følger supplerende aftalestof mellem kommunen og regionen for de 6 obligatoriske indsatsområder.

### *2.0 Resumé af hovedpunkterne i aftalen*

I det følgende opsummeres hovedpunkterne i den generelle ramme for sundhedsaftaler og allongen.

#### *2.1 De tværgående emner i den generelle ramme*

Aftaledelen vedrørende tværgående emner omfatter principper for samarbejdsstruktur, kommunikation, udveksling af data vedrørende aktivitet og økonomi, kvalitetsudvikling samt opfølgning på aftalen.

- *Samarbejdsstrukturen på det somatiske område*

Samarbejdet mellem parterne etableres i en struktur med 3 niveauer: regionalt niveau, hospitalsniveau og lokalt niveau (den daglige kontakt). Begrundelsen herfor er hensynet til tættest muligt samarbejde tilpasset lokale forhold. Modellen indebærer endvidere mulighed for at konfliktløsning kan ske på laveste niveau.

Samarbejdet på hospitalsniveau skal ske via nedsatte samordningsudvalg med ledelsesrepræsentanter fra kommuner i optageområdet, hospitalsledelsen samt repræsentanter for almen praksis. På det lokale niveau involverer samarbejdet etablering af kontaktpersonordninger og koordinatorordninger, som beskrevet under det enkelte aftaleområde.

Af allongen fremgår det at Københavns Kommune som udgangspunkt deltager i det lokale samordningsudvalg på Bispebjerg, Amager og Hvidovre Hospitaler. Gentofte Hospital er også en mulighed, hvis der er behov herfor.

Derudover etableres et koordinerende samordningsudvalg for Københavns Kommune, som faciliterer dialogen på det somatiske område på tværs af Rigshospitalet, Bispebjerg, Amager, Hvidovre og Frederiksberg Hospitaler. Her deltager udover hospitalsrepræsentanter, repræsentanter fra den regionale centraladministration i Hillerød, almen praksis, de relevante forvaltninger i Københavns Kommune samt en repræsentant fra hvert af de lokale samordningsudvalg, som Københavns Kommune deltager i.

De udarbejdede kommissorier for samordningsudvalgene er en standard, som kan fortolkes lokalt efter behov.

- *Kommunikation*

Kommunikationen mellem region og kommuner skal i videst muligt omfang ske elektronisk med MEDCOM som fælles standard. Det er aftalt, at der skal nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal udarbejde en tids- og aktivitetsplan for udviklingen af den it-baserede kommunikation.

- *Data vedr. økonomi og aktivitet*

Udveksling af data om økonomi og aktivitet vil ske på baggrund af det informationssystem fra Sundhedsstyrelsen, som skal forestå afregning mellem region og kommuner. Der nedsættes desuden en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal drøfte behov og muligheder for overførelse af yderligere data.

- *Kvalitetsudvikling og dokumentation*

Der skal udarbejdes tværfaglige og tværsektorielle patientforløbsbeskrivelser, således at der sikres en entydig placering af opgaver og ansvar. Der er samtidig enighed om at støtte udviklingen af den danske kvalitets model både i region og kommuner. En fælles ramme og et dokumentationskoncept for forløbsprogrammer, der lever op til kravene i den danske kvalitets model skal være på plads ved udgangen af 2007, hvorefter udvikling af konkrete forløbsprogrammer kan begynde.

- *Opfølgning*

Der skal være en generel opfølgning på de indgåede sundhedsaftaler i 1. kvartal af 2008 i forbindelse med den aftalte drøftelse mellem regeringen og kommunerne af fordelingen mellem behandling og genoptræning og mellem ambulante og stationære genoptræning. Sundhedsaftalerne er gældende frem til 31. januar 2009, så de følger valgperioden.

## 2.2 Udviklingsprojekter i allongen

Københavns Kommune og Region Hovedstaden er enige om at samordningsudvalget for Københavns Kommune i 2008 skal tage initiativ til en konference om erfaringerne med samarbejdet om sundhedsaftaler og udmøntningen heraf.

Herudover er nævnt samarbejdsprojekter og indsatsområder, herunder Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge (SIKS-aftalen) mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, praktiserende læger og Bispebjerg Hospital, Sundhedscenter for kræftpatienter, ernærings- og faldforebyggelsesområdet, som videreføres eller igangsættes.

Københavns Kommune får derudover en frivillig aftale på demensområdet, som indebærer at der udvikles en ny samarbejdsmodel vedrørende demens. Modellen skal bygge på erfaringerne fra de nuværende samarbejdsmodeller i Region Hovedstaden og kommunerne vil blive involveret i udviklingsarbejdet via det Sundhedsfaglige Råd for Demens. Den justerede model forventes at kunne gå i drift ultimo 2008. De eksisterende samarbejdsmodeller vil være gældende indtil da.

Frivillige aftaler er et supplement til aftalerne på de 6 obligatoriske indsatsområder og skal ikke godkendes i Sundhedsstyrelsen.

### 2.3 Aftaler på de obligatoriske indsatsområder

- *Udskrivning af svage, ældre patienter*

Svage, ældre patienter er i aftalen jf. sundhedsstyrelsens vejledning defineret bredt som alle patienter uanset alder eller diagnoser, der ved udskrivning fra hospital har behov for primært kommunale ydelser. Patienter med demens er omfattet af definitionen, men demensområdet får også sin egen sundhedsaftale jf. afsnittet ovenfor.

I aftalen beskrives principper for retningslinier vedrørende koordination og kommunikation mellem hospitalet og kommunen under indlæggelsesforløbet og i forbindelse med udskrivinger. Endvidere indeholder aftalen graduerede varslingsregler ved færdigbehandling og udskrivelse af patienter. Der er i aftalen sat fokus på sikring af enkel og entydig kommunikation mellem parterne, således, at den enkelte patient får et sammenhængende forløb uden unødvendig forlængelse af en indlæggelse.

Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal udarbejde en standard for hvilke oplysninger, der skal udveksles mellem kommuner, hospitalsafdeling og praktiserende læger.

- *Indlæggelser*

I aftalen om indlæggelser er fokus særligt rettet mod etablering af hensigtsmæssig informationsformidling og forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser.

Det er i aftalen forudsat, at eksisterende procedurer vedrørende informationsformidling fastholdes indtil de nuværende retningslinier kan erstattes med standarder udviklet inden for rammerne af den danske kvalitets model.

I forhold til forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser er beskrevet nogle områder som hver part bør have særligt fokus på, såsom mulighed for hurtig revurdering af behov for pleje og omsorg samt etablering/fastholdelse af mulighed for akut ambulante undersøgelser på hospitalet.

Det fremgår af aftalen, at der i regi af samordningsudvalgene skal etableres systematisk evaluering på tre områder: indlæggelser under 1 døgn, genindlæggelser inden for 30 dage samt løbende opfølgning på sygdomsspecifikke grupper eller andre veldefinerede grupper.

Københavns Kommune har i allongen fået tilføjet en fælles opfølgning af indlæggelser på relevante aktionsdiagnoser og et fokus på generelle undersøgelser af forskelle i indlæggelsesmønstre.

- *Træningsområdet*

Der er i aftalen beskrevet forslag til retningslinier for udarbejdelse af genoptræningsplaner og kontaktpersonordninger, og der er generelt fokus på kvalitetsudvikling.

Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som bl.a. skal udarbejde forslag til patientforløbsbeskrivelser, kliniske retningslinier og supplerende funktionsevnetest.

Samtidig etableres et formaliseret samarbejde om forskning og udvikling mellem kommuner og region på genoptræningsområdet.

Kommunerne i Region Hovedstaden har ikke ønsket at præcisere en ventetidsgaranti i aftalen, da det vil fastsætte et serviceniveau uden at vi kender det præcise omfang af patienter og dermed de økonomiske konsekvenser af en bestemt ventetidsgaranti. I stedet udvikles fælles målsætninger om maksimale ventetider for tilbud om påbegyndelse af genoptræning, som skal foreligge senest 31. marts 2008.

Københavns Kommune har i alløgen fået videreført det nyligt nedsatte samarbejdsforum for genoptræningsområdet mellem kommunen og hospitalerne med optageområde i kommunen. Dette forum sikrer mulighed for en tæt lokal dialog om den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet.

- *Hjælpe midler*

Formålet med sundhedsaftaler på hjælpemiddelområdet er at sikre sammenhængende forløb for patienter, der har behov for hjælpemidler, behandlingsredskaber eller boligændringer efter udskrivning fra hospital.

Aftaleteksten vil dog skulle gennemgås snarest, idet et nyt cirkulære for området er trådt i kraft pr. 1. januar 2007.

- *Forebyggelse og sundhedsfremme*

Opprioritering af forebyggelse og sundhedsfremme er et centralt punkt i sundhedsaftalerne. Fokus i aftalen er lagt på den del af den patientrettede forebyggelse, der vedrører borgere/patienter med kroniske sygdomme.

Aftalen tegner udviklingsperspektiver, der angiver målet for den indsats der vil skulle implementeres i den takt de økonomiske og organisatoriske rammer giver mulighed herfor.

Grundlaget er Sundhedsstyrelsens principmodel for en arbejdsdeling mellem region og kommuner på området. Principmodellen skal løbende justeres og udvikles og det er derfor aftalt, at man i 2007 indhenter erfaringer ved i første omgang at afprøve modellen inden for særlige fokusområder. I 2007 er fokusområdet under generel forebyggelse KRAM-risikofaktorerne (kost, rygning, alkohol og motion). På folkesygdomsområdet er fokusområdet Type2 diabetes og KOL. Endelig er det for børneområdet aftalt at fokusområderne er børn i misbrugsfamilier og udskrivning efter fødsel.

Sammenhængen mellem de regionale og kommunale tilbud sikres gennem en fælles afklaring af forløbsprogrammer og evidens baserede retningslinier.

Der etableres et regionalt udviklingsforum med deltagelse af repræsentanter fra kommuner, region, hospitaler og almen praksis.

Københavns Kommune har i allongen fået en aftale med regionen om på baggrund af evalueringen af SIKS-projektet at fastlægge et fremtidigt bud på snitflader og samarbejde mellem region og kommune, herunder en drøftelse af mulighederne for samfinansiering af sundhedscentre for kronisk syge borgere. Desuden er der enighed mellem kommunen og regionen om at styrke indsatsen overfor kronisk syge borgere i et nyt samarbejde med Amager og Hvidovre hospitaler.

- *Mennesker med sindslidelser*

Sundhedsaftalen for mennesker med sindslidelser hører under Socialudvalget/Socialforvaltningen og er derfor ikke kommenteret i denne sammenhæng.